

【記入見本】難病指定医の場合

指定医指定更新申請書

記載日

令和 7 年 2 月 2 日

神戸市保健所長 宛

氏名の記入  
指定医番号

28S●●●●●●●●

医師氏名 神戸 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について更新したので、下記のとおり申請します。

|                                       |                                     |  |  |                     |           |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------|-----------|
| 申請区分<br>(どちらかに○をつける)                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 難病指定医 ・ <input type="checkbox"/> 協力難病指定医 |  |                     |           |
| ①又は②の<br>いずれかを記載                      | ①                                   | 専門医の<br>資格の名称  |  | 専門医の<br>認定機関        |           |
|                                       | ②                                   | 研修の名称  | 難病指定医研修<br>(オンライン研修)   | 研修<br>終了日           | 令和7年1月31日 |
| 全ての項目を記載の上、<br>変更箇所は□をチェックして加筆・訂正をする。 |                                     | 変更年月日<br>(変更がある場合)   | 令和6年 11月 15日   |                     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/>            | ふりがな   | こうべ たろう  |                     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/>            | 指定医氏名  | 神戸 太郎  |                     |           |
|                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 連絡先  | 〒658-■■■■■ ◆◆◆◆<br>神戸市兵庫区■■■通■■于目■■—■ 東灘区◆◆町◆丁目◆—◆<br>(電話番号 078-■■■■-■■■■ ◆◆◆◆-◆◆◆◆) |                     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/>            | 医籍<br>登録番号   | ▲▲▲▲▲▲   |                     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/>            | 医籍<br>登録年月日  | 昭和××年×月×日  |                     |           |
|                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 主たる<br>勤務先の<br>医療機関  | 医療機関名  | 神戸××クリニック 神戸★★クリニック |           |
|                                       |                                     | 所在地  | 〒650-●●●●●<br>神戸市中央区●●町●丁目●—●  |                     |           |
|                                       |                                     | 電話番号   | 078-●●●●-●●●●●   |                     |           |
|                                       |                                     | 担当する<br>診療科  | 循環器内科・内科   |                     |           |

【研修による申請の場合】  
オンライン研修(神戸市の難病指定医  
研修)の名称と研修終了日を記入。

ご自宅の住所を記入。

記載内容に変更がある場合は、  
□にチェックをして、加筆・訂正。

添付書類

1. 難病指定医の更新の際は、専門医に認定されていることを証明する書類、または難病指定医の研修修了証。(どちらも写し可)
2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了証。(写し可)
3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許所の写しを添付。